1861

1805

P. Bruckou.

1961

- FACULTE DE MEDECINE DE PARIS -

ANNEE 1961 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

PIERRE BRUCHOU

Né le 17 Février 1933

à ANGOULEME (Charente)

INTERNE DES HOPITAUX

-:-:-

Présentée et soutenue publiquement le

Novembre 1961

-:-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RUPTURES TRAUMATIQUES DE LA RATE

-:-:-

Président : Professeur PATEL

Professeur de Clinique Chirurgicale

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538108_0023

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.) CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.) DONZELOT (E.), GASTINEL (P.) GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (G.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.) MARION (P.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (C.), STROHL (A.) TANON (L.), VELLER (E.).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

-:-:-

I. PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Clinique chirurgicale (BEAUJON)	SICART (A.)
Clinique chirurgicale (COCHIN)	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale (SAINT ANTOINE)	GOSSET (J.)
Clinique chirurgicale (HOTEL DIEU)	MENEGAUX (G.)
Clinique chirurgicale (SALPETRIERE)	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enf. Malades)	CATHALA (J.)

Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpétriere)		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	(BROUSSAUS	GENNES (L. de)
	(COCHIN	JUSTIN-BESANCON
	(HOTEL DIEU	BARIETY (M.)
	(LARIBOISIERE	SOULIE (P.)
	(PITIE	DREYFUS (G.)
	(SAINT-ANTOINE	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (BICHAT)		DEBRAY (C.)
Clinique medicale propédeutique	PASTEUR VALLERY RADOT	(L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		PETIT DUTAILLIS
Cliniques obstétricales	(BAUDELOCQUE	LACOMME (M.)
	(PORT ROYAL	N
	(TARNIER	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)		BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpetrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-dePaul)		LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)		FEY (D.)
Electro-physiologie médicale (chaire à titre personnel)		DJOURNO (A.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N
Histologie		VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre perdonnelle)		DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (P.)
Médecine du Travail		DESOILLE (H.)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie		GALLARD (H.)
Pathologie chirurgicale		COUVELAIRE (R.)

Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparee	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	N .....
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.-PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES -

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Embryologie	TUHMANN-DUPLESSIS
		Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Anatomie-pathologique	GAUTHIER-VILLARS BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Histologie	COUJARD (p.s.ch.) MAROIS (M.) RACADOT (J.)
		Hydrologie	CORNET (A.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Hygiène	BOYER (J.) p.s.ch. CORRE-HURST (MmeL.)
Bactériologie	NEVOT (A.) BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Maladies infect.	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Biochimie médicale	DEGREZ (p.s.c) POLONOWSKI SCHAPIRA (G.)	Médecine legale	DEROBERT (L.) p.s.c. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUEGNIOT (M.)
Biol. médicale	BOURLIERE (F.)	Médecine du travail : ALBAHARY (C.)	
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)	Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
		Neurologie	LHERMITTE (F.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)	Ophtalmologie	BREGEAT P. SARAUX (H.)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)	Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)

MM.

Obstetrique ..
- GRANJON (A.)
- HERVET (E.)
- LE LORIER (G.)
- MORIN (P.)
- MUSSET (R.)
- ROBEY (M.)
- THOYER-ROZAT

Oto rhino-laringologie ... DEBAIN (J.)

Parasitologie
- BRUMPT
- CHABAUD (A.)

Pathologie chirurgicale
- [illegible]ARCAT (J.)
- BINET (J.-P.)
- [illegible]
- CHATELAIN (J.L.)
- [illegible] (Ch.)
- DUBOST (Cl.)
- FAUREL (J.)
- FLABEAU (F.)
- GERMAIN (A.)
- LAURENCE (G.)
- LORTAT-JACOB
- LOYGUE (J.)
- MERCADIER
- PERROTIN (J.)
- ROBERT (H.)
- THOMERET (G.)

Pathologie exotique ......SCHNEIDER

Pathologie expérimentale ..
- CROSNIER (J.)
- HARTMANN (L.)
- LOEPER (J.)
- MAURICE (J.)
- PLAS (F.)
- RICHET (G.)

Pédiatrie-Puériculture ...
- JOSEPH (R.)
- MANDE (R.)
- MOZZICONNACCI
- POLONOVSKI
- ROSSIER (A.)

MM.

Pathologie Médicale . ...
- AUSSANNAIRE (M.)
- BOUR (H.)
- BOUVIER (J.)
- BOUVRAIN (Y.)
- BRICAIRE (H.)
- BRISSAUD (H.)
- BROCARD (H.)
- BUGE (A.)
- CASTAIGNE (P.)
- CATINAT (J.)
- CONTAMIN (F.)
- COURY (C.)
- FREZAL (J.)
- HOUSSET (E.)
- LAROCHE (Cl.)
- LESOBRE (R.)
- MACREZ (C.)
- NICK (J.)
- PEQUIGNOT (H.)
- ROYER (.)
- WOLFROMM (R.)

Pharmacologie..
- LEVY (Melle J.)
- BOISSIER (J.)
- LECHAT (P.)

Physiologie .
- PARROT (J.)
- DEJOURS (P.)

Physique médicale GOUGEROT (L.)

Pneumo phtisiologie KREIS (B.)

Psychiatrie .. PICHOT (P.)

Psychiatrie infantile DUCHE (D.)

Rhumatologie .. DELBARRE (F.)

Stomatologie ..
- CERNEA (P.)
- CHAPUT (Mme A.)
- GRELLET (M.)

Therapeutique
- CHASSAGNE (P.)
- LAMOTTE (M.)

Urologie ...... QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

Clinique Chir.
- ABOULKER (P.)
- AMELINE (A.)
- HUGUIER (J.)
- LEGER (L.)
- OLIVIER (C.)
- PADOVANI (P.)
- POILLEUX ([illegible])
- ROUX (M.)
- VERNE ([illegible])

Clinique méd.
- HAGUENEAU (J.)
- GOUDIN (G.)
- CONTE (M.)
- DOMART (A.)
- MILLIEZ (P.)
- PERRAULT (M.)
- RAMBERT (P.)
- THIEFFRY (S.)
- TURIAF (J.)

Clin. neuro-rhumat. SEZE (S. de)

MM.

Clinique Obstét.
- GRASSET ([illegible])
- LEPAGE (F.)
- MAYER (M.)
- MERGER (R.)
- RAVINA (J.)

Clinique ophtalmologique
- DESVIGNES (P.)
- OFFRET (G.)

Clin. oto-rhino-laryngologique .. MADURO (R.)

Clin. pédiatrique et puericulture .... LAPLANE (R.)

Clin. psychiatrique BARUK (H.)

Clin. urologique KUSS (R.)

IV.-PROFESSEURS DETACHES

DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie .... HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Biochimie medicale .... ETTORI (J.) Pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale .... RUDLER (J.) Pr.s.ch.

Secrétaire géneral de la Faculté ..... M. LENA (J.)
Secrétaires .... Mme BEURLAND, Melle CHAINTREUIL (G.) et Melle HURE (A.)

Conservateur chargé de la direction de la Bibliothèque .... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs .... Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)

Bibliothécaires .... Mme CONTET (J.), Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

RUPTURES TRAUMATIQUES DE LA RATE

La rupture de la rate est une lesion traumatique classiquement peu frequente, car il s'agit d'un organe profond, mobil et protégé par le gril costal.

Le premier tr vail d'ensemble remonte à 1844, par VIGLIA. Puis REUNIER, en 1863, décrit la première observation de rupture à intervalle libre : "La capsule peut résister plus longtemps que la pulpe splenique, et tardivement, la rupture capsulaire peut se faire, expliquant ainsi les signes d'hemorragie d'apparition tardive".

La splénectomie d'urgence est proposee par BARRAULT en 1876.

Des revues d'ensemble sont faites p r CAMUS et PLANSON (thèses 1906 1909).

Le traitement chirurgical est étudié enfin par VILLARD (1898), HARTMANN (1901), le DENTU et DELBET (1913), et QUENU en 1926.

La fréquence des lesions traumatiquesde la rate s'est, semble-t-il, nettement accrue ces dernières années, avec les accidents de la circulation, et dans une annee, le service d'urgence de l'Hôpital BEAUJON en a reçues et operées huit.

La gravité de cette lésion impose l'intervention chirurgicale d'urgence, et c'est un des soucis majeurs de l'Interne de garde, devant un polytraumatisé, de ne pas passer à côté d'une hémorragie interne, qui est souvent d'origine splenique.

Les tableaux cliniques sont très polymorphes, mais la règle de l'intervention exploratrice au moindre doute, évite bien des déboires.

Notre étude reposera sur dix sept observations prises à l'hôpital BEAUJON.

c

o c

- O B S E R V A T I O N S -

Nous les groupons, d'après leur table u clinique, en trois grands chapitres :

- Les ruptures suraigues
- Les ruptures aigues
- Les ruptures en deux temps

I.-LES RUPTURES SURAIGUES

Deux cas assez différents l'un de l'autre :

Observation N° I -

Dans ce premier cas, la rupture de la rate s'associe à d'autres facteurs de choc et d'hémorragie interne.

Monsieur C . , âgé de 45 ans, est amené par Police Secours, à 21 heures, à la suite d'une chute d'un deuxième etage.

A son arrivée, le blessé est déjà dans un état de choc très important : ni pouls, ni tension artérielle, mydriase débutante.

On note une fracture fermée de la cuisse gauche et de la jambe gauche, des signes de fracture du bassin, pas d'hématurie, enfin une défense abdominale nette.

Le blessé est directement mis sur la table d'opération.

Médiane sus ombilicale. Sang en abondance dans la grande cavité. Il existe une fissure du pôle inférieur de la rate et une rupture mésentérique.

Mais on note également un volumineux hématome rétro-péritoneal au niveau du petit bassin.

La splénectomie est faite, mais difficile (pédicule bref). Un drain est laissé dans la loge.

Une réanimation intense (perfusion sanguine par plusieurs veines sous pression a été faite en per et post opératoire.

Le blessé est décédé le lendemain dans la matinée.

Observation N°II -

Dans l'autre cas, au contraire, la rupture de rate est isolee et son tableau très net.

C'est un accident de la voie publique. Melle F..., qui conduisait une 2 CV, a heurté violemment un taxi Elle est immédiatement (en moins d'une demi-heure) transportée à l'hôpital où elle arrive à 12 h 30. Elle se plaint d'une douleur intense au flanc gauche. Elle est déjà blanche, d'une pâleur cadavérique. Ses lèvres sont cyanosées. Elle est couverte de sueurs, très polypnéique, froide. Sa tension est de 6-4, son pouls est à 120.

Le volant de sa 2 CV lui a heurté violemment la base thoracique gauche, où l'on reconnait des signes de fracture de côtes.

La blessée est mise sur la table d'operation. Une tentative de déchoquage est faite en pure perte. Malgré la perfusion massive de sang, la mise en déclive, l'oxygénation, le réchauffement, le pouls s'accélère. La tension devient imprenable.

Intervention à 13 h 30. Médiane sus ombilicale. Plus de 2 litres,5 de sang dans la grande cavité. La rate est éclatée, en bouillie. Décès en cours d'intervention.

II.-LES RUPTURES AIGUES

Parmi celles-ci, nous distinguerons deux cas:

L'un où le diagnostic est établi d'emblée, à l'arrivée du malade.

L'autre, où il faut éliminer d'abord un simple choc traumatique ou une contracture reflexe avant de se decider à intervenir.

PREMIER CAS -

Observation n° 3 -

Monsieur C ..., 48 ans, est amene à 1 h 30, en état de choc, à la suite d'une chute du deuxième étage (defenestration). Tension artérielle 7-5, pouls à 120, extrémités froides, sueurs, contracture abdominale generalisee, température 37°. 5.200.000 globules rouges, 17 000 globules blancs.

On tente une réanimation pré-opératoire (sang, calmants).

A 12 h 30, intervention. Tension artérielle 10-6, la contracture persiste.

Médiane à cheval. A l'ouverture du péritoine, sang en abondance. Il existe :

- Des fissures très hémorragiques aux faces supérieure et inférieure du lobe gauche du foie.

- Un arrachement du pôle inférieur de la rate.

- Une brèche située à la partie moyenne de la coupole diaphragmatique gauche, à gauche des piliers, de 8 à 10 cm de long. Pas de saignement dans la plèvre gauche.

- Une contusion du colon transverse avec une large brèche du méso. Le colon est violacé sur 6 cm à sa partie moyenne.

Foie - suture, mèches imbibées de thrombase.

Diaphragme - points en X au lin.

Splenectomie au lin n° 2 - rate de 75 grammes - Drain n° 35 dans la loge.

Extériorisation de la zone ischémiée du transverse.

En pré et per opération, le blessé a reçu huit flacons de sang.

Le blessé est décédé le lendemain.

Observation n° 4 -

Jeune couvreur de 16 ans, qui au cours de son travail est tombé de huit mètres de haut, à travers une verrière.

A son arrivée, à 12 h 30, le blessé est semi conscient. Pouls à 90, tension artérielle 10-6, contracture abdominale généralisée, urines claires, plaie du front, plaie du coude et fracture de Pouteau Colles gauche. Contusion du bassin avec arrachement de la crête iliaque.

Il existe une forte hémo concentration : 4 300.000 globules rouges pour 30.000 globules blancs.

Déchoquage par sang 400 cc. Diparcol-phénergan.

A 14 h, intervention. Médiane à cheval. 1 litre de sang dans la grande cavité.

Très grosse rate fissurée, à plusieurs endroits. Splénectomie.

Il existe un petit hématome sous péritonéal au niveau de D2.

Drain n° 35 dans la loge splénique, deux flacons de sang pré et per opératoire.

La rate est de 325 grammes, mais ne présente pas d'aspect pathologique à l'examen histologique.

Suites normales. Le blessé est sorti au quinzième jour.

Observation n° 5 -

Monsieur B..., 38 ans, a subi un traumatisme de l'hypochondre gauche sur la voie publique (renversé par une moto).

Il existe un très léger état de choc mais surtout une douleur de l'épaule gauche, une matité du flanc gauche.

Médiane sus ombilicale : éclatement du pôle inférieur de la rate, 1,5 litre de sang dans la cavité. Lin n° 3 sur le pédicule qui est large.

Suites normales.

Observation n° 6 -

Ouvrier du bâtiment de 27 ans, amene à 15 h 45, à la suite d'une chute de 8 mètres.

Le blessé a une tension artérielle normale, un pouls à 90, mais une défense de l'hypochondre gauche, une hémoconcentration sanguine. Enfin, une hématurie vérifiée par sondage, une fracture avec enfoncement des deux cotyles, une plaie de l'avant-bras gauche avec fracture du coude.

Médiane sous ombilicale. Hemopéritoine. Rate fissurée, foie normal. On s'agrandit en oblique jusqu'à la neuvième côte gauche. Splénectomie très difficile. Pas d'hématome sous péritonéal. Huit flacons de sang pré et per opératoire.

Suites normales.

Observation n°7 -

Monsieur D..., 54 ans, renversé par une automobile, est vu à 2 h. Etat de choc. Dyspnée. Il s'agit d'une rupture du diaphragme (vérifiée par un cliché).

Thoraco-laparatomie gauche. Il existe une fracture du huitième cartilage costal, et à partir de ce point, le diaphragme s'est déchiré selon une ligne dirigée vers l'orifice oesophagien. La rupture s'étend jusqu'au milieu du centre phrénique, à environ 10 cm de l'orifice oesophagien. De plus, il existe une désinsertion de toutes les fibres antérieures du diaphragme s'étendant jusqu'à la région thoracique droite.

La totalité du grand épiploon, l'estomac et la rate se sont engouffrés dans l'hémithorax gauche.

Reduction des viscères herniés.

La rate saigne à son pôle inférieur. Elle est fibreuse recouverte d'une plaque centrale blanchâtre. Splénectomie.

Suture au nylon par deux points en U, de la rupture diaphragmatique. Les bords semblent de bonne qualité. Réinsertion de tout le pourtour antérieur du muscle à la paroi abdominale.

Mise en place d'une sonde de PEZZER, drainant l'hémithorax gauche. Mise au bocal de cette sonde. Le poumon revient parfaitement à la paroi. Drain abdominal.

Sang 1,5 litre pré et per opératoire.

Suites : pleurésie gauche réactionnelle sans séquelle.

Observation n° 8-

Monsieur K.. , 33 ans. Arrivé à 17 h 45 Contusion du flanc gauche à la suite d'une chute de vélo. Syndrome d'hémorragie interne. On diagnostique une rupture de la rate.

Médiane sus ombilicale. Hémopéritoine. Rate facilement exteriorisable, fissurée, avec un hématome sous capsulaire. Foie, estomac intacts. Ligature en masse du pédicule splénique et d'un pedicule polaire inférieur

Splénectomie.

Deux litres de sang pre et per opératoire.

Tension artérielle à 11 en fin d'intervention.

Suites simples.

Observation nº 9 -

Monsieur M...., 18 ans, a percuté avec sa moto, l'arrière d'un camion. Il est en état de choc, semi conscient. Son oreille gauche est en partie arrachée, et la temporale superficielle saigne en jet.

Pas de signes péritonéaux.

Médiane sus ombilicale. Pas de sang, mais hématome de l'hypochondre gauche : au-dessus de l'angle colique gauche.

Splénectomie. Drain nº 25.

Suites normales.

DEUXIEME CAS -

Le diagnostic ne peut être porté d'emblée.

Observation nº 10 -

Monsieur A..., 19 ans, est admis d'urgence à la suite d'une chute de sept mètres (au cours de son travail). Il souffre de contusions et de fractures multiples.

Pas d'état de choc à son arrivée. Pas de chute tensionnelle. Il existe une légère défense epigastrique.

Le blessé est mis sous surveillance, et au bout de deux heures, l'exploration abdominale est décidée devant une contracture progressivement extensive.

Médiane sus ombilicale. 1 litre de sang dans le ventre. Rate éclatée. Splénectomie difficile du fait de l'infiltration sanguine des mésos gastro-splénique et pancréatico-splénique. Le pédicule est lié pas à pas en évitant la queue du pancréas.

Exploration totale de l'abdomen. Lavage et assèchement de la cavité abdominale. Une lame de caoutchouc dans la loge splénique sort par une contre incision declive.

Réduction en urgence sous contrôle radiologique de la fracture de l'extrémité inférieure des deux avant-bras. Plâtres.

Suites simples.

Observation nº 11 -

Monsieur R..., 29 ans, est amené d'urgence à 18 h 10, à la suite d'un traumatisme postéro latéral de la base thoracique gauche.

La tension artérielle oscille entre 12 et 15 maximum. Une radiographie du thorax ne montre rien, mais la numération découvre 3.900.000 globules rouges pour 13.000 globules blancs.

Le faciès du blessé est pâle, et il a trois syncopes après son admission. Il souffre au niveau de son hypochondre et de son épaule gauche.

Intervention à 0 h 45.

Médiane sus ombilicale. Il existe une grande quantité de sang dans l'abdomen. Le pôle supérieur de la rate est éclaté. Pas d'autre lésion abdominale visible après exploration. Rein normal à la palpation.

Ligature en cinq fois d'un pédicule splénique étalé. Splénectomie. Rate un peu grosse. Drain nº 45.

Suites normales, le blessé sort au quinzième jour.

Observation nº 12 -

Monsieur C..., 17 ans, a été heurté sur la voie publique par une moto, au niveau de la base thoracique gauche.

Léger état de choc, mais pas de signes d'anémie. Par contre, l'examen comparatif de l'abdomen met en évidence des signes pariétaux progressifs.

Petite médiane à cheval.

Hémopéritoine important.

On trouve des caillots dans la loge splénique. La rate est fissurée horizontalement à partir du hile.

On agrandit en oblique jusqu'à la neuvième côte. Le pédicule est court. Ouverture première de l'arrière cavité.

Ablation de la rate en deux fragments.

La coupole est indemne. Pas de lésions associées. Le rein gauche est d'apparence normale.

Observation nº 13 -

Monsieur J..., âgé de 33 ans, est arrivé à 5 h 45, à la suite d'un accident d'automobile.

Le blessé est en état de choc. Sueurs. Extrémités froides Pas de signes parietaux.

Perfusion d'un litre de sang, mais aggravation de l'état de choc. La tension artérielle baisse à 6-4. Le pouls s'accélère.

Intervention à 7 H.

Médiane sus et sous ombilicale.

Rupture d'une rate un peu grosse, porteuse à son pôle inférieur, d'une tumefaction arrondie, plate, ferme, encapsulée. Splénectomie facile.

Exploration complète de l'abdomen négative. Drain nº 30. Tension artérielle à 10-7 en fin d'intervention.

Suites normales.

II.-LES RUPTURES EN DEUX TEMPS

Observation nº 14 -

Monsieur M..., 46 ans, est violemment heurté pendant son travail, à 16 heures, par un objet métallique très lourd. C'est un traumatisme du flanc gauche, atteignant l'épaule, le thorax, l'abdomen.

Le blessé ne s'inquiète pas, et revient à son domicile. Mais dans la soirée, il ressent un malaise, une sensation de grande faiblesse.

Il ne consulte que le lendemain à 4 heures. Il est d'une pâleur frappante. Sa tension est à 7 maximum. Il n'a que 2.900.000 globules rouges. L'abdomen est souple et non douloureux.

Médiane sus ombilicale. Aspiration de plus d'un litre de sang. Il existe une rupture de la rate avec décollement de la capsule sur tout l'étendue de sa face externe. Pédicule court. Plusieurs ligatures. Rate de 218 grammes.

Il y a donc eu un intervalle libre de 12 à 15 heures.

Les suites sont simples.

Observation n° 15 -

Monsieur E..., 32 ans, a subi un traumatisme lombo costal gauche, par choc direct à 10 heures du matin.

Il arrive à l'hôpital à 15 h 20. Il est pâle, a soif, se plaint de douleurs de l'hypochondre gauche.

Pas d'hématome lombaire, mais une hematurie.

Tension artérielle 11-6. Globules rouges : 3.400.000, globules blancs : 23.000.

On transfuse et on attend. A 17 heures, chute tensionnelle : 6-4. Pas d'hématome lombaire. Les douleurs persistent.

Médiane sus ombilicale. Hémopéritoine. Rate légèrement fissurée à son pôle inférieur. Mais surtout, volumineux hématome rétro péritonéal descendant jusqu'au méso sigmoïde.

Splénectomie.

La tension remonte à 15.

On referme sans faire l'abord du rein.

Suites normales.

Observation n° 16 -

Monsieur V..., 19 ans, était depuis trois jours, en observation dans un service de chirurgie à la suite d'une chute de moto.

Brusquement, à 1 heure du matin, douleurs de l'hypochondre et de l'épaule gauche. Petites syncopes. Chute tensionnelle.

Médiane sus ombilicale. Le péritoine est bleuté. A son ouverture, issue d'une grosse quantité de sang noirâtre et de caillots. La rate est rompue en arrière, près du pôle supérieur.

On branche une incision transversale gauche sur la médiane. Ligature du pédicule splénique au catgut chrome n° 2.

Splenectomie (rate très adherente).

Le péritoine pariétal postérieur est soulevé, bleuté, à gauche seulement.

Le pancréas paraît normal.

Toilette peritonéale. Drain n° 40 dans la loge splénique. La rate est volumineuse, mais à l'examen anatomo-pathologique, il existe des lésions non spécifiques de fibrose.

Suites : occlusion sept mois plus tard.

Observation n° 17 -

Monsieur L..., 44 ans, a subi un traumatisme costal bas, au niveau du flanc gauche, à 15 heures.

Il est vu à 17 h 30. L'etat général paraît satisfaisant. On note une fracture de la onzième côte gauche et de la clavicule gauche. La tension artérielle est de 9,5 - 5,5.

Vers 18 h 30, baisse de la tension artérielle et accélération du pouls. 2.900.000 globules rouges. Pas d'hémothorax (vérification radioscopique). Pas d'hématurie. On pense donc à une rupture de la rate.

Intervention à 21 heures.

Reprise de la médiane sus ombilicale (sujet autrefois gastrectomisé). Libération de nombreuses adherences épiploïques. Sang en abondance dans le ventre (plus d'un litre aspiré). La rate vient facilement après quelques sections d'adhérences à son pôle superieur. Hémostase du pédicule qui est court.

Il existe une fissure de la face convexe de la rate, sur les deux tiers de sa largeur, au dessus du pôle inférieur.

En fin d'intervention, tension artérielle à 10-6. Le blessé a reçu quatre flacons de sang. Suites normales.

- E T I O L O G I E -

La rate, qui se projette entre la huitième et la onzième côte, est entièrement cachée par le gril costal.

Elle est située profondément dans l'étage sus mesocolique de la cavité abdominale.

Dans une loge limitée, en arrière et en dehors, par le diaphragme, en avant et en dedans, par la face postérieure de l'estomac, en bas, la queue du pancréas et l'angle gauche du colon transverse.

Elle repose sur le tiers externe et la moitié supérieure du rein gauche par l'intermédiaire du péritoine pariétal postérieur.

La rate est un organe mobile : les organes sur lesquels elle s'insère ne sont pas rigides et fixes (estomac, diaphragme, colon, queue du pancréas), Elle peut fuir devant un choc.

Enfin, elle est protégée par une capsule fibreuse, la capsule de MALPIGHI.

Néanmoins, le parenchyme splenique est fragile, formé d'une série de sinus remplis de sang.

Deux mécanismes :

Le traumatisme est en général très violent :

1°) Direct : (observations n° 5, 14, 15, 16, 2, 11, 12, 13, 8). Ce sont souvent des accidents de la circulation (motos, vélos, ou piétons renversés par une auto). Rappelons le heurt direct par le volant de l'automobile.

Souvent, des fractures de côtes, parfois un hémothorax s'y associent, ce qui rend le diagnostic très difficile.

2°) Parfois indirect : Chute d'un toit, d'un echafaudage.

La rate est tiraillée, et le plus souvent, il s'agit d'un arrachement du pôle inférieur, ou d'une fissure à ce niveau.

Parfois, enfin, traumatisme direct de peu d'intensité (coup de poing).

- A N A T O M I E P A T H O L O G I Q U E -

On distingue generalement trois degrés :

1°) La contusion simple, qui passe le plus souvent inaperçue.

2°) L'atteinte parenchymateuse avec intégrité de la capsule réalisant un hématome intra-splenique ou sous capsulaire.

3°) Enfin, les ruptures de la capsule avec :

- soit enkystement de l'hémorragie dans la loge,
- soit diffusion dans la grande cavité.

En fait, ce qui importe, c'est l'évolution de ces lésions, et on distingue :

a) Les lesions franches, avec hémorragie intra-péritonéale massive d'emblée, sans tendance à la limitation, mettant en jeu le pronostic vital rapidement par hémorragie interne.

b) Les lésions plus discrètes, où l'hémorragie est limitée au début :

- soit hématome sous capsulaire qui peut augmenter progressivement et aboutir à la rupture de la rate.
- soit hématome péri splenique, limitation favorisée par une hémorragie lente et par des adhérences antérieures ou secondaires. La rupture secondaire dans la grande cavité est fréquente. L'enkystement est très rare.

Que trouvons-nous p rmi nos observations :

I - Lésions importantes donnant d'emblée un épanchement dans la grande cavité.

Observation n° 3 - 1,5 litre de sang dans la grande cavité. arrachement du pôle inférieur de la rate.

Observation n° 4 - sang : 1 litre. Plusieurs fissures d'une rate volumineuse (325 grammes).

Observation n° 5 - Sang : 1,5 litre. Eclatement du pôle inférieur.

Observation n° 6 - Sang. Rate fissurée.

Observation n° 10 - 1 litre de sang. Rate éclatée.

Observation n° 2 - 3 litres de sang, eclatement de la rate.

Observation n° 11 - 3 litres de sang. Eclatement du pôle supérieur de la rate.

Soit sept observations.

II - Par contre, dans dix cas, les lésions sont plus minimes :

Observation n° 1 ÷ Pas de sang dans la grande cavité. Hématome sous capsulaire (fissure du pôle inférieur).

Observation n° 14 - Sang 1,5 litre. Mais hématome sous capsulaire secondairement rompu par décollement de la capsule.

Observation n° 15 - Peu de sang. Fissure sous capsulaire.

Observation n° 16 - Sang noir. De nombreux callots dans la loge : hématome péri-splénique.

Observation n° 7 - Hématome péri-splénique : fissure du pôle inférieur de la rate.

Observation n° 12 - Sang dans la grande cavité. Hématome péri-splénique. Fissure.

Observation n° 13 - Hématome sous capsulaire.

Observation n° 8 - Fissure. Hématome sous capsulaire.

Observation n° 17 - Sang. Mais hématome péri-splenique ayant diffusé.

Observation n° 9 - Hématome péri splénique localise à l'angle colique.

Mais il faut insister sur le fait qu'il n'y a pas de parallèlisme entre l'importance de l'hémorragie et les lesions de la rate.

LES LESIONS ASSOCIEES -

Elles sont très intéressantes à décrire et peuvent faire errer le diagnostic.

En fait, ce qui importe, c'est de faire le diagnostic d'hémorragie intra-abdominale et d'intervenir.

- Fractures de côtes (Obs. nº 2, 7 et 17), avec même parfois hémo-thorax (Obs. nº 17). C'est l'association la plus fréquente au cours des chocs directs.

- Certes, il s'agit parfois de polytraumatisés avec fracture de jambe, cuisse, calcanéums, bassin (cotyles), rachis, traumatisme cranien.

- On insistera surtout sur l'existence de déchirure diaphragmatique (Obs. nº 3 et 7), lésion du foie (Obs. nº 1 et 3 lobe gauche), rupture du rein gauche (Obs. nº 15).

- Plus rares sont les lésions de l'estomac, du colon (Obs. nº 5) du pancreas, de la vessie ou d'autres organes creux.

C'est dire l'importance d'une exploration complète et minutieuse de l'abdomen.

- - E T U D E C L I N I Q U E -

La symptomatologie des ruptures de rate est très variable.

On décrira séparément trois tableaux :

1°) Les ruptures suraigues : c'est l'hémorragie massive.

2°) Les ruptures aigues : l'hémorragie est progressive.

3°) La rupture en deux temps avec un espace libre d'accalmie.

I.- LES RUPTURES SURAIGUES -

Ce sont les blessés que l'on voit à la suite d'un gros traumatisme. Il faut savoir diagnostiquer immédiatement l'hémorragie massive et ne pas mettre le blessé au lit en tentant de le déchoquer. Une telle conduite amènerait une fin rapide. Le blessé se vide de son sang, même sous perfusion massive. Il est livide, pâle, les extrémités froides. La numération est souvent trompeuse car il existe une hémoconcentration et un collapsus très important.

Il faut mettre le blessé d'emblée sur la table d'opération. Seule la pince sur le pédicule, mise le plus vite possible, permettra de sauver ces blessés qui succombent d'hémorragie en moins d'une heure parfois.

Observation n° 2 : mort sur la table d'opération, intervention un peu trop tardive (une heure et demie après l'accident).

Observation n° 1 : hémorragie suraigue que les perfusions sous pression ne compensaient pas.

II.- LES FORMES AIGUES -

Elles repondent à une inondation péritonéale brutale. Un blessé est amene en urgence à la suite d'un traumatisme de l'abdomen. Il est dans un état de choc.

- Parfois d'emblee, le diagnostic est fait ou tout au moins évoqué par l'existence :

a) d'une douleur vive, spontanée de l'hypochondre gauche. La respiration est superficielle. Le blessé est pâle, couvert de sueurs. La tension est pincee. Le pouls est faible et accélèré.

b) parfois d'une défense, voire d'une contracture sous-costale gauche. On intervient immédiatement après un déchoquage rapide par sang, oxygène, réchauffement sous surveillance constante, (Obs. nº 5, 9, 6, 7 et 8).

c) parfois au contraire, l'examen de l'abdomen n'apporte que peu de choses. Devant ce blessé choqué, qui a souvent d'autres blessures (fractures, traumatisme cranien) le diagnostic d'emblée est souvent impossible.

Dès lors, c'est la surveillance en milieu chirurgical qui va être décisive, sous traitement anti-choc ; en surveillant de demi-heure en demi-heure, l'état du faciès, du pouls, la tension artérielle, et l'etat de l'abdomen. Là réside la clé du diagnostic : malgré le traitement anti-choc énergique, on assiste à une aggravation des signes généraux constatés à l'arrivée ; aggravation, soit d'une seule tenue soit après une brève amelioration.

Et devant ce sujet pâle, agité, se plaignant de soif vive, de vertiges, de lipothymies, dont le pouls est de plus en plus filant et rapide, dont la tension s'effondre rapidement, cependant que la différentielle se pince, on évoque une hémorragie interne.

Chez ce traumatisé de l'abdomen, la raison de fréquence fait qu'on évoque, devant un tel syndrome, une rupture de la rate :

Un faisceau de signes sera en cette faveur : l'interrogatoire recueillant la notion de traumatisme de l'hypochondre gauche, une douleur vive qui irradie vers

l'épaule gauche (signe de KEHR), qui, jointe à la notion de syncope, après un bref intervale libre, est un signe de valeur.

L'examen, en dehors d'un léger météorisme, retrouve souvent, ici aussi, une douleur à la palpation de l'hypochondre gauche, mais qui n'a guère de valeur étant donné que c'est là le point d'application du traumatisme.

Deux signes surtout :

Une défense plus qu'une contracture de l'hypochondre gauche.

Une matité declive, plus fréquente que la matité fixe de l'hypochondre gauche, restant fixe en décubitus latéral.

Une douleur au toucher rectal, caractéristique d'un épanchement intra-péritonéal, signe important mais non constant.

Au total :

- un traumatisé de l'abdomen,
- un syndrome patent d'hémorragie interne
- un faisceau de présomptions plus ou moins complet selon les cas.

On évoque une rupture de la rate sans pouvoir l'affirmer de façon absolue, peu importe. L'intervention d'urgence que commande tout syndrome d'hémorragie interne, découvre une rate broyée. Le diagnostic est confirmé, c'est ce que nous retrouvons dans les observations n° 3 et 4.

Parfois les signes n'apparaissent que progressivement après une véritable periode hésitante (Observations n° 11, 12 et 15).

III.- <u>LES FORMES EN DEUX TEMPS</u> -

Elles répondent anatomiquement à un enkystement temporaire de l'hemorragie dans la loge splenique, ou à une hémorragie sous capsulaire qui se rompt secondairement.

L'existence de ces formes domine l'histoire des ruptures spléniques.

Un sujet ayant subi un traumatisme de l'abdomen a été amené en urgence, car si ce traumatisme était souvent de peu d'intensité, le sujet a accusé : une douleur, une brève défaillance passagère.

L'examen n'a rien decele d'anormal.

On s'est donc borne, comme il est de règle en matière de traumatisme de l'absomen, à garder ce sujet sous surveillance chirurgicale. Quelque temps se passe, l'état général du sujet est satisfaisant. Sa douleur abdominale a cédé rapidement.

Certes, auraient pu attirer l'attention, quelques signes anormaux :

- oussee febrile à 38,
- léger subictère,
- persistance d'une legère defense avec point douloureux au niveau de l'hypochondre gauche.

Mais ces signes sont inconstants, et il n'est pas rare que le sujet, de lui-même, se sentant mieux, veuille sortir.

Et c'est alors, quelque temps après, la reprise de l'hémorragie, caractéristique de la forme en deux temps.

- Soit reprise brutale : brusquement, au cours d'un effort, le sujet ressent une douleur atroce et tombe en syncope. L'intervention trouve : un hémopéritoine manifeste, une rate fissurée.

- Soit reprise par petits ictus successifs, qui alarment vite le sujet. L'anamnèse fait rapidement évoquer le diagnostic, d'autant que l'examen a permis de noter :

  - Une légère diminution de l'ampliation thoracique de la base gauche,
  - Une defense douloureuse de l'hypochondre gauche avec irradiation scapulaire de la douleur,
  - Une matité fixe à ce niveau.

Tous signes qui joints à :

- un état subfébrile avec pâleur et discret subictère,

- une anemie plus ou moins marquée avec leucocytose à la numération,

- quelques signes radiologiques généralement indirects (immobilité de l'hemicoupole diaphragmatique gauche refoulement de l'estomac après préparation), rarement direct: opacité de lhypochondre gauche.

imposent le diagnostic que l'intervention d'urgence confirmera.

Telles se présentent les formes en deux temps de ruptures spléniques. Leur existence impose de façon absolue, la mise sous surveillance chirurgicale, durant plusieurs jours, de tout traumatisé de l'abdomen, quel que soit son état apparent.

Observation n° 14 - traumatisme la veille, puis malaise.

Observation n° 15 - retard : 7 heures.

Observation n° 16 - Deux jours après le traumatisme, malaise à trois heures du matin.

Observation n° 17 - accident à 15 heures. Reprise de l'hémorragie à 18 h 30 (4 heures après).

- [illegible] CLINIQUES -

No[illegible] :

I. LES FORMES SURAIGUES, tuant souvent en moins d'une heure, en l'absence d'intervention.

II. LES [illegible] [illegible]ESSIVES

III.- LES [illegible]

IV. [illegible] quasi latentes, répondant à un véritable enkystement de l'hémorragie, qui aboutit à un hématome organisé et évolue sous l'aspect :

- soit d'une tumeur de l'hypocondre gauche,

- soit même d'un abcès sous phrénique gauche en cas de surinfection de l'hématome.

Les antécédents traumatiques sont souvent méconnus.

V.- Il faut insister sur la fréquence des ruptures de rate pathologiques. La rate est fragile, souvent volumineuse, adhérente et il s'agit parfois de rupture quasi spontanée (soulèvement d'un objet lourd, par exemple).

- rate adhérente par périsplénite

- rate volumineuse

- rate palustre, parasitaire, typhoïde, leucémique

- Modifications physiologiques dues à la grossesse, à la période digestive.

VI.- LA FORME DE L'ENFANT est spéciale par la fréquence d'un traumatisme minime, souvent à distance, la sobriété des signes, la valeur capitale du signe de Kehr.

VII.- [illegible]

- [illegible] lésions [illegible] viscères abdominaux.

- C'est l'intervention seule qui les met en évidence, comme dans l'observation 3, où le foie (lobe gauche), et le transverse étaient touchés.

On doit surtout individualiser deux formes :

1°) L'association à une atteinte thoracique.

Fracture de côtes souvent, avec parfois lésions pulmonaires gauches. Observations 2, 17 et 7.

Un hémothorax évident peut masquer l'atteinte splénique, pouvant expliquer à lui seul le tableau d'hémorragie interne.

La fracture de côtes suffit à expliquer une légère défense de l'hypochondre gauche.

Mais les lésions basses du poumon saignent peu en général.

L'aggravation du tableau d'hémorragie interne, malgré un traitement énergique et un hémothorax qui n'augmente pas, doit faire penser à une lésion splénique.

C'est dans ces cas surtout que peut exister une lésion diaphragmatique (observations 4 et 7) qu'il ne faut pas méconnaître, étant donné sa gravité.

2°) L'association à une contusion du rein gauche.

Diagnostic difficile, le plus souvent résolu par l'intervention chirurgicale, qui doit toujours, au cours d'une splénectomie, vérifier la loge rénale gauche, ou au contraire, au cours d'une lombotomie, ne pas hésiter à ouvrir le péritoine.

- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL -

Nous avons vu qu'au tout début, à la période de choc, le diagnostic est très rarement possible avec un simple choc traumatique.

I.- Plus tard, dans la forme typique, on éliminera exceptionnellement l'hématome rétropéritonéal, qui donne des signes d'hémorragie surtigue (observation 4), où la rate était très peu touchée, mais où le malade est mort de son hématome sous péritonéal, dans un état de choc irréversible.

Les autres lésions viscérales (désinsertion mésentérique, lésion hépatique, pancréatique) sont diagnostiquées par l'intervention en gardant toute sa valeur au point d'application du traumatisme quand on peut le faire préciser.

II.- DANS LES FORMES EN DEUX TEMPS, l'important est de ne pas dire : simple contusion de l'abdomen sans lésion, mais de garder sous surveillance chirurgicale un tel sujet, et de donner, au cours des examens répétés, toute leur valeur aux petits signes de résorption sanguine (clocher fébrile, subictère, leucocytose).

III.- DANS LES FORMES ASSOCIEES.

Ne pas dire :

- Contracture réflexe après fracture de côtes

- Tableau de choc par seul hémothorax traumatique,

mais de parti-pris, chercher des signes de rupture splénique.

De même, avoir constamment présente à l'esprit, la fréquence de l'association rupture de rate - contusion du rein gauche, et que l'une ou l'autre des lésions domine :

- palper la fosse lombaire.
- rechercher une hématurie
- palper l'hypochondre gauche
- chercher un signe de Kehr.

En conclusion, parfois, le diagnostic est hésitant, et l'on n'hésitera pas à faire une exploration qui reste parfois négative :

M. H, 56 ans, a fait une chute de 3m 50. Il est choqué à l'arrivée à 18 h. Il se plaint de l'hypochondre gauche et de la région lombaire gauche avec irradiation à l'épaule gauche.

A la radio, double fracture du crâne.

On intervient à 21h 30 : exploratrice pour vérifier la rate. Pas de sang ni de liquide dans le péritoine. Rate très postérieure. Surface lisse et régulière. Foie, intestins normaux. Rien au niveau du pancréas. Hématome lombaire.

Il faut suivre J. QUENU lorsqu'il dit : "Intervenir d'urgence chaque fois que le diagnostic est certain ou seulement probable, non seulement lorsqu'il existe des signes d'hémorragie interne, mais encore et même en l'absence de ces signes.

- T R A I T E M E N T -

C'est l'intervention chirurgicale d'urgence, sous anesthésie générale, et sous réanimation énergique.

Il faut prévoir une quantité importante de sang isogroupe. La réanimation sera surtout pré opératoire, et n'aura son plein effet que lorsque l'hémostase sera assurée.

Cependant, une réanimation pré opératoire énergique (sous pression dans plusieurs membres) et courte permet parfois de sauver des blessés menacés à bref délai.

Le plus souvent, un doute subsiste sur la lésion splénique ou ses associations, et l'on fait une médiane que l'on pourra agrandir par la suite vers le rebord costal (débridement transversal gauche).

Si la lésion isolée de la rate est certaine, ce qui est rare, on pourrait choisir une voie dite élective :

- para rectale gauche,
- oblique sous costale en direction du huitième espace.

La technique de la splénectomie est bien codifiée, (QUENU). Il faut avant tout avoir un jour suffisant, et au besoin deux aides en cas de rate profonde et difficilement extériorisable.

La ligature du pédicule étant faite (au lin n° 2 le plus souvent), il faut :

- explorer la loge lombaire
- vérifier le diaphragme
- s'assurer de l'intégrité des autres organes intra péritonéaux.

On évacue le sang épanché.

L'opportunité du drainage est discutée. En règle, il n'est pas nécessaire ; cependant, souvent on laisse un gros drain 24 à 48 heures, sortant par une contre incision, si la splénectomie est difficile, par mesure de prudence (tranquillité

du chirurgien en cas de chute tensionnelle post opératoire si le pansement n'est pas inondé).

La réanimation post opératoire sera poursuivie en se basant sur les signes cliniques et biologiques.

Il faudra, les jours suivants, surveiller la plèvre (percussion, radio), car un petit épanchement réactionnel reste assez fréquent.

Sur nos dix-sept cas de rupture de rate :

- quatorze guérisons

- trois décès : deux le lendemain, un sur la table :

Observation 1 : Décès le lendemain. Les lésions sont multiples : fissures du foie, éclatement du colon, brèche diaphragmatique, traumatisme crânien.

Observation 3 : Décès le lendemain de la splénectomie. Il existe un volumineux hématome rétro-péritonéal dû à une fracture du bassin.

Observation 2 : Rate [illegible]. L'hémorragie a été cataclysmique. La blessée (22 ans), est morte sur la table.

Les complications sont exceptionnelles :

- [illegible] : rare aujourd'hui, très rare.

- Fièvre post opératoire, liée vraisemblablement à la résorption sanguine.

- Hémorragie post opératoire : toujours extrêmement grave (lâchage du pédicule splénique).

- Complications pleuro-pulmonaires : fréquentes, à type d'atélectasie, ou de réaction pleurale, surtout après splénectomies difficiles, sur rates adhérentes. C'est dire l'intérêt de faire tousser et cracher ces malades. Les lever précocément.

L'hospitalisation est de 15 jours environ.

Les résultats éloignés sont excellents.

La formule sanguine reste normale.

-:-:-:-

Au terme de cette étude,

quels sont les points qui nous ont le plus frappés :

1°) La fréquence de la réaction abdominale (forte défense très douloureuse) qui traduit l'hémorragie péritonéale.

2°) L'aspect trompeur de la numération sanguine : souvent 4.500.000 globules rouges avec un épanchement sanguin intra péritonéal de plus d'un litre. Il y a une forte hémoconcentration.

3°) La difficulté d'extérioriser et de ligaturer le pédicule de certaines rates volumineuses à pédicule court par voie médiane seule.

4°) L'association fréquente rupture de rate et déchirure du diaphragme à la suite de chutes de lieux élevés.

5°) La nécessité où l'on est d'explorer l'abdomen par médiane sus ombilicale qui a permis de découvrir l'origine d'une hémorragie interne post traumatique.

- B I B L I O G R A P H I E -

AARON E. A. - Des hémorragies retardées dans les traumatismes de la rate. Thèse Paris 1941 - n° 316.

ABRAHAMSEN et KRARUP B. - La splénectomie - Remarques sur ses indications. Acta med. Scand. 1948 - Suppl. 213 - 937.

ADAMS T.W. et RUSSELMANN H. H. - Dépistage et traitement de la triade : blessure de la rate, du rein, et du diaphragme. Am. J. Surg. mars 1954 - 87 n° 3-452-456.

AVICE J. - Les ruptures spontanées de la rate apparemment saine. Thèse Paris 1942 - n° 249.

BUR L. - Contribution clinique à la rupture de la rate en deux temps. 2 bl. chirurg. 1953. 78.2145.2148.

BYRNE R.V. - Traumatic rupture of spleen. - Surg. Gyn. Obst. Août 1951 - 93 n°2.247.249.

CACHIN C. - Intervalle libre dans les contusions de la rate - Thèse Paris 1937.

DARGENT M. - Rupture traumatique de la rate et du rein gauche atteint d'artériosclérose chez un hypertendu. Résultats du 10ème mois. - Lyon chir. Février mars 1950 - 145. n° 2-211-214.

DEAVER J.H. - Hémorragie retardée consécutive à la rupture traumatique de la rate. - Ann. Sym. Mars 1941.

DESJACQUES E. - Rupture par effort d'une rate saine. - Lyon Chir. Mai-Juin 1945.

FEY D. W. - Rupture traumatique d'une rate normale avec hémorragie différée. - Am. J. Surg. Août 1941.

GOINARD P. - Sur les complications pulmonaires après splénectomie. - (l'Algérois chirurgical - Juin 1938).

LAROCHE F. - Rupture de rate avec intervalle libre. J. Méd. Bx. Février 1946.

LAURENT G. et RATUREAU M. - Rupture traumatique de la rate - données statistiques sur 18 cas. - Acad. Chir. Octobre 1949.

LEGER et BOURDELLE - Abord de la rate par voie combinée abdomino-thoracique. Journal chirur. Février 1951.

MARION J., MATHIEU, PERRIN J., FRANCILLON J. - Cinq cas de ruptures associées de la rate et du rein gauche. Lyon Méd. Juillet-Août 1946.

MERLIERE J. - L'abord chirurgical du duodéno-pancréas - Presse Médicale Mars 1955.

MONDOR - Diagnostics urgents - Abdomen - Edition 1947.

ORLANDER G. et REIMAN A.F. - Hémorragie splénique intermittente post traumatique - un cas - Ann. Surg. Janvier 1953.

O'NEIL J. F., ROUSSEAU J. P. - L'explorations radiographique de l'abdomen dans la diagnostic précoce des ruptures de la rate. - Ann. Surg. 1945.

PATEL - Chirurgie de la rate 1955.

POINOT et CORNET - Rupture de rate à masque d'occlusion intestinale. - Jour. Méd. Bx. Octobre 1948.

QUENU J. - Diagnostic et traitement des ruptures traumatiques de rate avec hémorragie en péritoine libre. - Journ. Méd. Octobre 1926.

ROETTIG D. C. - Rupture traumatique de la rate. - Ann. Surg. Février 1943.

SUIRE P., LAFITTE H., GORDJI M. - Réflexions anatomo-cliniques au sujet des ruptures traumatiques de la rate. La valeur de l'hématome sous capsulaire. - Mém. Acad. Chirur. Mai 1955.

TOURNEUX J. P. - Rupture traumatique de la rate. - Concours Méd. 1946.

WYMAN A. C. - Rupture traumatique de la rate. - Ann. J. Roent. Juillet 1954.

-:-:-:-
-:-